Masernimpfung Teil 1:

Information um die Masernimpfung
Stand Mai 2019:

Damit Sie als Politikerin/Politiker, Ärztin/Arzt und Sie als Patientin/Patient sich ein informiertes Bild über die Entscheidung einer Masernimpfung machen können, sind hier wissenschaftliche Fakten zu der Impfung angeheftet. Bitte nehmen Sie sich Zeit, diese Informationen genau durchzulesen.

Bitte besprechen Sie zusammen die folgenden Punkte:

Betreff eine Impfpflicht auf Masern:

In den letzten Wochen gab es international eine Kampagne für die Einführung einer Impfpflicht gegen die Masernerkrankung. Die WHO erklärt auf ihrer Internetseite eine differenzierte, zurückhaltende Impfentscheidung zur "Notlage" und zur "Bedrohung der globalen Gesundheit" (WHO 2019) und setzt sie damit gleich mit z.B. der Klimakrise und der globalen Luftverschmutzung. Dabei wurden in der Bevölkerung große unnötige und irrationale Ängste geschaffen und es kam zu einer großen Verunsicherung.

Die Masern waren schon immer eine Kindheitserkrankung und hatten schon vor der Einführung der Impfungen kaum Todesfälle in Ländern wie Deutschland. Seit Wochen wird eine massive Impfkampagne für die Masernimpfpflicht geführt. Dabei werden über die Massenmedien einige Falschinformationen verbreitet. 2016 gab es in den USA 635 260 Tote durch Herzerkrankungen, 598 038 Tote durch Krebs, 251 454 Tote durch ärztliche Fehler, 40 000 Tote durch Autounfälle, 11 000 Tote durch Krankenhauskeime, 100 Tote durch Blitzeinschläge und **0 Tote durch Masern**. In Deutschland sehen proportional die Zahlen ähnlich aus, in den anderen europäischen Ländern ebenfalls. Zwar gab es 2015 einen tragischen Todesfall mit Masern in Deutschland, doch war das Kind bereits vorher schwerkrank. Warum also sprechen die Medien von gefährlichen Epidemien?

Die Folgen eines Impfzwanges könnten für die Gesundheit der Bevölkerung dramatische Auswirkungen haben, wie wir es bereits in Regionen von China sehen (Masernparadoxon). Denn dies hat zur Folge, dass es immer mehr Impfversager gibt und es immer größere Epidemien geben wird.

Einleitung zur Masernimpfung

1) **In den Medien wird gerade gefordert, eine Impfpflicht einzuführen, um die Masern auszurotten. Dies ist jedoch rechtlich, in der gegenwärtigen Sachlage, überhaupt nicht möglich und wissenschaftlich eine nicht haltbare Hypothese.**

Denn wie wir unten sehen werden:

a) **Reagiert ein gewisser Prozentsatz (zwischen 5 und 26 %) der Bevölkerung nicht** auf die Masernimpfungen.
b) Hält der Anstieg des **Maserntiters nur für ein paar Jahre**. So dass es nie eine sogenannte Herdenimmunität geben kann.
c) Haben gegenwärtig die Länder mit den höchsten Masernimpfraten die größten Masernausbrüche (S. **Masern-Paradoxon**).
d) Sind **fast 40% der Ausbrüche durch Impfviren selbst ausgelöst**.
e) Das meist verwendete Argument, die **Pocken seien durch die Impfung ausgerottet worden, ist falsch.** Pest, Pocken, Cholera sind in unseren Breiten durch verbesserte Hygiene und Lebensbedingungen verschwunden. Die Pockenimpfung im 18. und 19. Jahrhundert bestand aus dem Inhalt von Eiterblasen. Erst die Einstellung der „Impfkampagnen" gegen die Pocken bewirkte das Verschwinden (Humphries, 2015).

2) In den Medien wird gesagt, es gäbe kaum Nebenwirkungen.

a) Allein der Beipackzettel enthält für selbst ernste Nebenwirkungen eine viel höhere Zahl von Komplikationen als gemeldet.
b) Maximal eine von 100 Nebenwirkungen wird überhaupt gemeldet.
c) Während es in den letzten 10 Jahren keine Todesfälle an den Masern in den USA gab, wurden 463 Todesfälle nach der Impfung gemeldet. Nehmen wir Punkt 2 ernst, so würde sich diese Zahl um den Faktor 100 erhöhen.
d) Nebenwirkungen werden selbst nach den Zulassungsstudien meist nur für wenige Tage bis, in seltenen Fällen, über einen Monat erfasst, doch weiß die Wissenschaft, dass es manchmal auch Monate dauert, bis sie zum Ausbruch zu kommen.
e) Impfnebenwirkungen werden fast ausschließlich gemeldet, wenn sie kurz nach der Impfung eintreten. Und auch dies geschieht in den allerwenigsten Fällen.
f) Die immer in den Medien aufgeführte Komplikation der Entzündung des Gehirns (SSPE) kann auch nach der Impfung erfolgen und dies schon Tage nach der Impfung.

3) Fakten um die Masernimpfung:

1. Wir haben in Deutschland eine Durchimpfungsquote von 97% bei der ersten Impfung mit Masern. Bei der zweiten sind es auch noch 93%.

   Dabei von einem Impfnotstand zu sprechen, ist bei diesen Zahlen nicht gerechtfertigt. Für die Gewährleistung einer „hypothetischen Herdenimmunität" sollen 95% genug sein. Bitte lesen Sie unten über die Theorie einer Herdenimmunität.

2. Eine Zwangsimpfung gegen Masern widerspricht rechtlich Absatz 6 des Infektionsschutzgesetzes (§ 20 Abs. 6 IfSG).

(6) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates anzuordnen, dass bedrohte Teile der Bevölkerung an Schutzimpfungen oder anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe teilzunehmen haben, wenn eine übertragbare Krankheit mit klinisch schweren Verlaufsformen auftritt und mit ihrer epidemischen Verbreitung zu rechnen ist. Das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 Grundgesetz) kann insoweit eingeschränkt werden. Ein nach dieser Rechtsverordnung Impfpflichtiger, der nach ärztlichem Zeugnis ohne Gefahr für sein Leben oder seine Gesundheit nicht geimpft werden kann, ist von der Impfpflicht freizustellen; dies gilt auch bei anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe. § 15 Abs. 2 gilt entsprechend.

3. Eine Zwangsimpfung gegen Masern widerspricht dem Grundgesetz (Art. 2 Abs. 2 S. 1 Grundgesetz):

   (2) „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden."

4. Der Wissenschaftliche Dienst des Bundestages meint zur Frage der Verfassungsmäßigkeit einer Impfpflicht:

   „Die Abwägung dieser widerstreitenden grundrechtlichen Interessen muss für jede Impfung bzw. jede Krankheit getrennt erfolgen. Das Interesse an der Impfpflicht wird sich dabei wohl nur bei Krankheiten durchsetzen können, bei denen eine hohe Gefahr eines fatalen Verlaufs für das Leben oder die Gesundheit der Kinder sowie eine nicht untergeordnete Ansteckungswahrscheinlichkeit besteht. Aber auch bei einer verfassungsrechtlich zulässigen Impfpflicht wird der Gesetzgeber Ausnahmeregelungen vorsehen müssen, damit auch der Angemessenheit des Grundrechtseingriffs in besonderen Einzelfällen Rechnung getragen werden kann."

Zu der Masernimpfung:

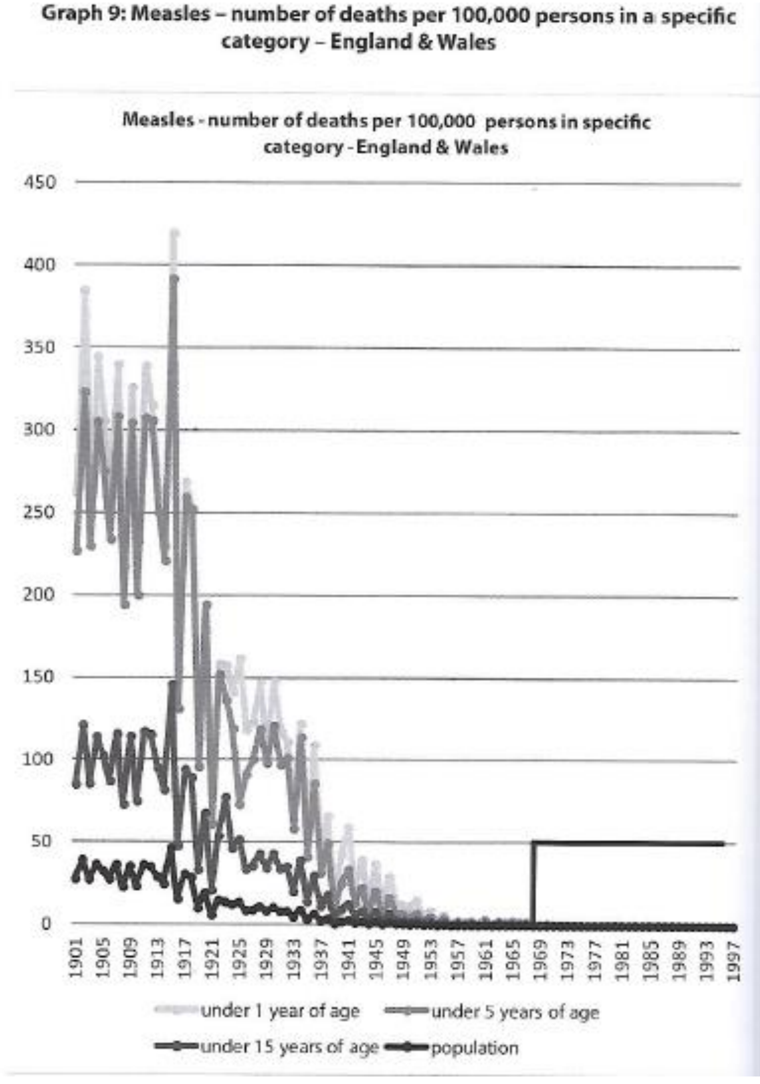
- Es besteht ein signifikant erhöhtes Risiko für Notaufnahmen nach Kinderimpfterminen an Masern, die belegen, dass die Impfung nicht ungefährlich ist.
- Ebenso übersteigt die gemeldete Zahl der Todesfälle nach der Masernimpfung in den Industrieländern die Todesfälle durch die Masernerkrankung bei weitem.
- Ausbrüche von Masern können nicht vollständig verhindert werden, selbst wenn wir eine nahezu perfekte Impfpflicht haben, denn die Masernimpfung selbst ist ein Grund für die Ausbruchscluster geworden, weil die Impfung eine Lebendimpfung ist und ansteckend sein kann.
- Wirksame Verfahren zur Behandlung von Masern und anderen Viruserkrankungen bei nicht geimpften Säuglingen und immungeschwächten Menschen stehen gegenwärtig, wie wir unten sehen werden, zur Verfügung.

Was Sie über die Masernimpfung wissen sollten, um eine informierte Entscheidung treffen zu können.

Bitte informieren Sie sich als Eltern, Ärztin/Arzt und Politikerin/Politiker über folgende Punkte:

1. Masern werden in der Presse als tödliche Erkrankung dargestellt, doch gab es auch schon vor der Impfeinführung kaum mehr Todesfälle in den Industrieländern wie Deutschland

   Die Masern sind schon vor der Einführung der Impfung nur eine risikoarme Erkrankung gewesen. Die in der Presse zitierten Todesraten pro Jahr beziehen sich fast ausschließlich auf Entwicklungsländer, in denen schlechte Hygienebedingungen und Unterernährung den Alltag prägen. Die Maserntodesrate von Kindern unter einem Jahr ging schon vor Einführung der Impfungen um 99,25 % zurück. Die Mortalität war also 134 mal niedriger vor der Impfung. In der Gesamtbevölkerung ging die Todesrate um 99,35 % zurück (Office for National Statistics, 2000). Die in den Medien aufgeführte Todesrate von einem in tausend Masernerkrankten lässt sich in keiner Statistik verifizieren. Seit 2003 gab es in den USA bis heute keinen Todesfall an Masern mehr.



(Quelle: Office for national statistics, 2000)

Die Impfung wurde in England/Wales 1968 eingeführt.

2. Todesfälle an Masern haben sekundäre Gründe

   Schon vor der Einführung der Massenimpfprogramme war erwiesen, dass Todesfälle an Masern eher mit schlechten Lebensumständen (Ernährung, Hygiene, etc.) und sekundären Infektionen bei einer Maserinfektion zu tun hatten (Barkin, 1975; Shanks, 2013). Dies ist auch heute noch in den Entwicklungsländern der armen Regionen in Europa der Fall. In den ersten beiden Monaten des Jahres 2019 wurden 34 300 Masernfälle in 42 Ländern der Europäischen Region der WHO gemeldet, darunter 13 Todesfälle aufgrund von Masern in drei Ländern (Albanien, Rumänien und Ukraine). Die Mehrzahl der Fälle wird in der Ukraine gemeldet, mit mehr als 25 000 Fällen (> 70%). Bitte lesen Sie dazu unten mehr (WHO, 2019).

3. In den Wohlstandsländern sterben mehr Menschen an der Masernimpfung als an den Masern

   Wie weiter unten beschrieben wird nach eine Studie im Auftrag der US-Gesundheitsbehörde nur eine von hundert tatsächlichen Impfnebenwirkungen

gemeldet (Diese Schätzung ist wahrscheinlich noch viel zu niedrig). In den USA gab es in den letzten Jahrzehnten keine Maserntote zu beklagen, dafür sind aber 463 Todesfälle nach der Impfung gemeldet worden. Diese mit dem Faktor 100 multipliziert würde 46 300 Tote durch die Masernimpfung bedeuten. In der Meldedatenbank des Paul-Ehrlich-Institutes sind 15 Todesfälle nach Masernimpfung verzeichnet. Wie hoch die tatsächliche Zahl in Deutschland in den letzten Jahren gewesen ist, wissen wir nicht.

4. Immunität von Geimpften vs. einmal Masernerkrankten
   Der Maserntiter ist nur ca. 10 Jahre hoch genug, um ein Infektionsrisiko zu mindern

   Während eine natürlich durchgemachte Maserninfektion eine lebenslange Immunität mit sich bringt (Griffin, 2016), ist ein potentiell effizienter Antikörperanstieg nach einer Impfung bei Individuen, die keine natürlichen Masern durchgemacht haben, nur ca. 10 Jahre (LeBaron, 2007). Ein Großteil der Bevölkerung hat damit keinen Impfschutz mehr und wir müssten uns auf größere Ausbrüche einstellen. Diese kommen jedoch in den Industrieländern nur in den stark durchgeimpften Gesellschaften vor (Masern-Paradoxon). Dies führt zu einer neuen Situation, da in der jetzigen Generation damit viele Babys keinen Schutz durch die Immunglobuline ihrer Mütter mehr haben und nun auch Teenager und Erwachsene an Masern erkranken können. Die Masern-Impfung baut eine kurzfristig protektive Wirkung von 90-95% auf (BAG). Mitchell und Tingle (Mitchell, 1998) konnten jedoch in einer Untersuchung nachweisen, dass ein Jahr nach der Impfung mehr als 16 % der Geimpften keinen Impfschutz mehr aufwiesen. Aus diesem Grund wird ja auch eine Verschiebung der zweiten MMR-Impfung in jüngere Jahre propagiert, was von der STIKO jetzt auch offiziell empfohlen wird. Ob damit jedoch dieses Dilemma gelöst wird, ist fraglich, denn es gibt eine Reihe von Untersuchungen , die zeigen, dass nach der Auffrischungsimpfung die Antikörper zwar ansteigen, aber auch wieder sehr schnell abfallen, so dass kein Impfschutz mehr besteht (Bartoloni, 1997).

5. Das Masern-Paradoxon

   Das offensichtliche Paradoxon ist, dass Masern zu einer Erkrankung geimpfter Personen werden, wenn die Immunisierungsrate der Masern in der Bevölkerung auf ein hohes Niveau steigt (Poland & Jacobson, 1994). Länder, die eine Durchimpfungsrate von fast 100 % haben, sind nun zunehmend von großen Masernepidemien betroffen. In China, einem Land, in der die Masernimpfung Pflicht ist und gesetzlich durchgesetzt wird, kommt es trotz teilweiser hoher Durchimpfungsraten immer wieder zu Masernausbrüchen. So treten in der Provinz Zhejiang häufig Masern, Mumps und Röteln auf, obwohl die Durchimpfungsrate über 99% beträgt. Alle Kinder erhalten dort obligatorisch mit acht Monaten erstmals eine Dosis MR-Impfstoff und mit 18 bis 24 Monaten eine weitere MMR-Impfung. Im Jahre 2008 wurde von 12 782 Fällen Masern berichtet, das 252,61 Erkrankten pro einer Million Einwohner entspricht.

   Eine Analyse der Masernfälle in Tianjin (China) ergab, dass bei Kindern mit einer aufgezeichneten Impfanamnese eine erhebliche Anzahl von Personen, die sich mit

Masern infiziert hatten, geimpft waren. 26 % waren sogar trotz zwei oder mehr Masernimpf-Dosen an Masern erkrankt (Masters, 2019).

Im Bulletin of the World Health Organization erschien ebenfalls eine Studie, die die jüngsten Masern-Ausbrüche in ganz China untersuchte. Zwischen 2005 und Oktober 2013 wurden 596 391 Masernfälle und 368 Masern-Todesfälle in China gemeldet. Von 2009 bis 2012 gab es insgesamt 707 Ausbrüche von Masern, 2013 war eine deutliche Steigerung zu verzeichnen. Die jährliche Inzidenzrate (Fälle pro 100 000 Einwohner) sank von 9.95 im Jahr 2008 auf 0.46 im Jahr 2012, stieg dann aber auf über 1,96 im Jahr 2013. Das Durchschnittsalter sank von 83 Monaten im Jahre 2005 auf 14 Monate im Jahr 2012 und 11 Monate zwischen Januar und Oktober 2013. Das Impfprogramm ist also nicht nur schlecht wirksam, sondern führt auch zu einer Verschiebung des Erkrankungsalters auf unter einem Jahr, was die Komplikationsrate drastisch ansteigen lässt (Ma, 2014). Studien (Poland, 2012) berichten über die **Notwendigkeit der Entwicklung von neuen Impfstoffen, da immer mehr voll geimpfte Individuen nicht nur erkranken, sondern auch das Virus weiterverbreiten.**

Studien konnten zeigen, dass selbst in Populationen von fast 99 % Durchimpfungsrate Masernausbrüche zu verzeichnen waren. Laut einem 1987 im New England Journal of Medicine veröffentlichten Artikel (Gustafson, 1987) kam es im Frühjahr 1985 in Corpus Christi, Texas, zu einem Masernausbruch bei Jugendlichen, obwohl für den Schulbesuch Impfungen vorgeschrieben waren, die gründlich durchgesetzt worden waren. Sie folgerten: "Wir schließen daraus, dass Masernausbrüche in weiterführenden Schulen auftreten können, selbst wenn mehr als 99 Prozent der Schüler geimpft wurden und mehr als 95 Prozent immun sind." Laut einem im American Journal of Epidemiology veröffentlichten Artikel mit dem Titel "Ein anhaltender Masernausbruch trotz geeigneter Präventions- und Kontrollmaßnahmen" kam es in Montana zu einem Ausbruch von 137 Fällen von Masern. Aus den Schulunterlagen geht hervor, dass 98,7% der Schüler angemessen geimpft waren, woraus die Forscher folgerten: "Dieser Ausbruch lässt vermuten, dass die Masernübertragung trotz der angemessenen Umsetzung der derzeitigen Strategie zur Eliminierung von Masern in einigen Situationen anhalten kann (Davis, 1987)."

6. Masern-Virus-Genotypen

Das Virus, welches in der heutigen Masernimpfung verwendet wird, wurde 1954 als der sogenannte „Edmonston Strain“ isoliert. Während für die Masernimpfung nur dieser Genotyp A berücksichtigt wurde, gibt es laut der Aussage der WHO 24 verschiedene Genotypen (Bellini, 1998). Davon zirkulieren gegenwärtig hauptsächlich 5 Stämme: B3, D4, D8, D9 und H1. Wie effizient die Impfung gegen die anderen 23 Genotypen ist, ist noch nicht bekannt. Von den Grippeimpfungen wissen wir, wie wichtig es ist, den jeweils identischen Genotyp vom Virus zu haben. Gegenwärtig ist der Hauptgenotyp für Masern in vielen europäischen Ländern der D8 und der B3 Genotyp. Typ A wird gar nicht mehr in den Statistiken erwähnt (Mulders, 2017).

7. „LOW VACCINE RESPONDERS“

Weitere Forschungen ergaben, dass hinter dem „Masern-Paradoxon“ ein Teil der Bevölkerung namens LOW VACCINE RESPONDERS steht. Patienten mit niedriger RESPONDER RATE reagieren auf die erste Dosis des Masernimpfstoffs schlecht. Diese Individuen zeigen dann eine schwache Immunantwort auf die nachfolgende RE-Impfung und kehren innerhalb von 2 bis 5 Jahren schnell wieder in den Pool der „Ansteckbaren“ zurück, obwohl sie vollständig geimpft sind. Eine erneute Impfung kann die geringe Reaktionsfähigkeit nicht korrigieren: Es scheint sich um ein immunogenetisches Merkmal zu handeln. In den USA wurde geschätzt, dass der Anteil der wenig ansprechenden Kinder unter den Kindern bei 4,7% lag (LeBaron et al., 2007). Zwischen 2012 und 2014 waren 9% der an Masern Erkrankten in den USA voll geimpft (Sowers , 2016).

8. Herdenimmunität ist bei Masern nicht möglich

   Herdenimmunität bei Masern kann es wegen Impfversagern (LOW RESPONDERN) nicht geben, ebenso zeigen Studien zu Masernausbrüchen in Quebec, Kanada und China, dass Masernausbrüche auch dann noch vorkommen, wenn die Impfkonformität in der höchsten Quote liegt (95-97% oder sogar 99). Dies ist darauf zurückzuführen, dass selbst bei durchgeimpften Patienten die durch Impfstoffe induzierten Antikörper im Laufe der Zeit nachlassen. Die Impfimmunität ist nicht gleich der lebenslangen Immunität, die nach natürlicher Exposition erworben wird (De Serres et al., 2013).

9. Nicht effektiver Zeitpunkt der Masernimpfung

   Die deutsche Impfkommission (STIKO) empfiehlt die Masernimpfung zu dem Zeitpunkt, zu dem frühestens akzeptable Antikörper gebildet werden: Das Alter von 11 – 14 Monaten. Zwei kanadische Studien (De Serres 2012, Defay 2013) zeigen nun, dass der Langzeitschutz bei diesem frühen Impfbeginn alles andere als verlässlich ist.

10. Die Verwendung von Lebendviren in der Masern-Mumps-Röteln-Impfung ist kritisch zu betrachten

    Die MMR-Impfung beinhaltet abgeschwächte Lebendviren, die gleichzeitig verabreicht werden. Dies ist problematisch, da eines der Impfviren eine Immunsuppression bewirken kann, was zu einer schleichenden Infektion mit den anderen Erregern führen kann (Halsey, 1993).

11. Für die Masern gibt es effektive Behandlungen

    Obwohl es sich bei den Masern um eine Virenerkrankung handelt und es dafür noch im gängigen medizinischen System wenig effektive Behandlungsformen gibt, gibt es für die Masern jedoch verschiedene Behandlungsoptionen.

    a) Im Gegensatz zu symptomunterdrückenden klassischen Therapien setzt eine holistische Medizin auf die Förderung des Immunsystems. Dazu zählen eine Fülle von ganzheitlichen Therapieansätzen. Fiebersenkende allopathische Medikationen um eine Impfung senken signifikant den Antikörperanstieg und senken damit auch die potentielle Effizienz (Prymula, 2009). Fiebersenkendes

Paracetamol nach einer Impfung wurde auch als signifikanter Risikofaktor für die Entstehung von Autismus beschrieben (Schultz, 2016). Dementsprechend wichtig ist es auch, es bei einer Masernerkrankung zum Fiebern kommen zu lassen, um eine effektive Immunantwort auszulösen.

b) Hochdosiertes Vitamin A zeigte sich in der Masernbehandlung als sehr effektiv (Abdelwahaban, 2005).
c) Glücklicherweise gibt es eine therapeutische Unterstützung, um die jetzt durch die Impfkampagnen der Vergangenheit verschwundene mütterliche Immunität nachzuahmen. Säuglinge sowie andere gefährdete oder durch Immunschwäche gefährdete Personen können Immunglobuline erhalten, eine potenziell lebensrettende Maßnahme, die Antikörper gegen das Virus liefert, um die Erkrankung bei der Exposition zu verhindern oder zu verbessern (National archives, UK)
d) Nitazoxanid ist ein Arzneistoff aus der Klasse der Antiparasitika. Es ist normalerweise ein synthetisches 5-Nitrothiazolyl-Salicylamid-Derivat zur Behandlung bei parasitärer Infestation. Doch hat es sich als effektiv bei der Maserninfektion bewiesen (Piacentini, 2018).
e) Sephin 1 konnte in Studien zeigen, dass die Gabe eine „Downregulation" der Masernvirenreplikation zur Folge hatte (Fusade-Boyer, 2019).

12. Vitamin A-Mangel und Masernkomplikationen

Die WHO propagiert die Behandlung schwerer Masernverläufe und die Vorsorge durch hochdosierte Vitamin A-Gaben. Studien weisen auf einen Zusammenhang zwischen einem Mangel an Vitamin A und schweren Masernverläufen hin (WHO, 1995).

13. Wildviren vs. Impfviren. Die potentielle Gefahr für unsere Zukunft durch die Impfung

Die Masern-Impfung führt zu einer starken Verminderung der zirkulierenden Wildviren, die vor der Zeit der Masernimpfung die Immunität durch unbemerkte Kontakte aufrechterhalten hat. Dadurch erkranken immer ältere Personen an Masern. Ältere Erwachsene weisen oft keine genügende Immunität gegen Masern mehr auf. Levy von der Johns Hopkins Universität (Levy, 1984) kommt zum Schluss, dass, wenn im Jahre 2050 eine Masernepidemie auftreten sollte, über 25 000 Todesfälle auftreten könnten. Und damit mehr Risikogruppen treffen könnte, als dies vor der Einführung der Impfung der Fall gewesen ist. Es ist also durchaus zu überlegen, ob die Masern-Impfung in Zukunft nicht auf Risikogruppen beschränkt werden sollte, was das frühere ökologische Gleichgewicht zwischen Virus und Bevölkerung wiederherstellen könnte.

14. Nichtgeimpfte könnten immungeschwächte anstecken und diese damit gefährden

In der Presse wird ständig davor gewarnt, dass, wenn ein nicht geimpftes Kind sich mit Masern infiziert und dann ein Kind mit Immunschwäche ansteckt, das ebenfalls infiziert wird, es ein unberechenbares Risiko darstellt. Dies ist noch nie geschehen. Dass jedoch Säuglinge durch impfinduzierten fehlenden Nestschutz der Mütter nun angesteckt werden können, wird dabei nicht erwähnt.

15. Mythos der Ausrottung der Masern

Virologen der Universität Bonn identifizierten erst kürzlich Fledermäuse als natürliches Erregerreservoir unter anderem für Mumps- und Masern-Viren. Damit ist das von der WHO propagierte Ziel, die Masern durch Impfung der gesamten Weltbevölkerung auszurotten, definitiv ad absurdum geführt (Drexler, 2014).

16. Ansteckung durch die Masernimpfung

39% aller Masernfälle in den USA im Jahr 2015 wurden auf den Impfstamm der Masernimpfung zurückgeführt (Roy, 2017). Kürzlich gegen Masern geimpfte Personen können ansteckend sein. Tatsächlich wurden 2011 zwei große Masernausbrüche (in Quebec, Kanada, und in New York, NY) von zuvor geimpften Personen reimportiert (Rosen et al, 2014). In dem Impfbeipackzettel wird lediglich erwähnt: „Eine Ausscheidung des Rötelnvirus über das Rachensekret tritt bekanntermaßen etwa 7 bis 28 Tage nach der Impfung auf, wobei die maximale Ausscheidung um den 11. Tag liegt.“ (Priorix Beipackzettel). Dies sollte korrigiert werden. Studien (Poland,2012) berichten über die Notwendigkeit der Entwicklung von neuen Impfstoffen, da immer mehr voll geimpfte Individuen nicht nur erkranken, sondern auch das Virus weiterverbreiten.

In den vergangenen Jahren war die Impfrate in der Ukraine mit 31 % die niedrigste in Europa. Dennoch gab es kaum Masern (50 Fälle 2013 bis 2016 pro Jahr). Seit Juli 2017 wurde eine Impfkampagne gestartet und über 90% der Kinder geimpft. Danach kam es zu 12 000 Masernfällen bisher in 2018. Die Ursache dafür ist noch ungeklärt. Bemerkung: In 2006 mit einer 98 % Impfrate waren es 42 742 Masernfälle gewesen (Gabriëlle, 2018).

In 2015 waren von den 194 Masern-Viren, die genetisch sequenziert wurden, 73 (37,6%) Impfviren, während in Deutschland gleichzeitig von 542 nur 11 (2%) Impfviren gewesen waren.

17. Jedes Medikament, also auch eine Impfung, hat Nebenwirkungen in bestimmten Individuen

Eine Nebenwirkung ist eine neben der beabsichtigten Hauptwirkung eines Arzneimittels auftretende Wirkung. „Wenn behauptet wird, dass eine Substanz keine Nebenwirkung zeigt, so besteht der dringende Verdacht, dass sie auch keine Hauptwirkung hat.“ sagte Gustav Kuschinsky, ein deutscher Pharmakologe (1904–1992).

Informationen über Nebenwirkungen im Beipackzettel der Masern-Mumps-Röteln-Impfung Priorix:

Sehr häufig (mehr als 10 %): lokale Rötung, Fieber (rektal: 38°C bis 39,5°C; axillar/oral: 37,5°C bis 39°C)

Häufig (1 in 10 bis 1 in 100): lokale Schmerzen und Schwellung, Fieber (rektal: 39,5°C; axillar/oral: 39,0°C), ungewöhnliches Schreien, Nervosität, Hautausschlag

Gelegentlich (1 in 100 bis 1 in 1000) : Fieberkrämpfe, Parotisschwellung, Durchfall, Erbrechen, Appetitlosigkeit, andere Virusinfektionen, Mittelohrentzündung, Pharyngitis, Infektionen der oberen Atemwege, Schnupfen, Bronchitis, Husten, Lymphadenopathie

Nach der Markteinführung ist über folgende zusätzliche Nebenwirkungen im zeitlichen Zusammenhang mit der Priorix-Impfung berichtet worden:

1 in 10 000 und darüber: Arthralgie, Arthritis, allergische Reaktionen einschließlich anaphylaktischer Reaktionen, Kawasaki-Syndrom, Meningitis, transverse Myelitis, Guillain-Barré-Syndrom, periphere Neuritis, Enzephalitis, Thrombozytopenie, Thrombozytopenia purpura, Erythema multiforme.

In den Masernimpfstoffen befinden sich auch weitere Zusatzstoffe. Diese haben individuelle Nebenwirkungen, die oft nicht zitiert werden. Dazu zählen (z.B. bei der MMR II):

1) <u>Kükenembryo-Zellkultur:</u>
   Typ-1-Diabetes (T1D), Neuromyelitis-Optica-Spektrum-Störungen (NMOSD), Autismus, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHD), Autoimmunerkrankungen
2) <u>Fötales Rinderserum, hydrolysierte Gelatine:</u>
   Gelatine-Allergie, Autoimmunkrankheiten, Vitiligo, Autismus, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Morbus Crohn, Typ-1-Diabetes (T1D)
3) <u>Lebendvirus:</u>
   Enzephalitis
4) <u>Masernvirus</u>
   Subakute sklerosierende Panencephalitis (SSPE)
5) <u>Masernvirusproteine</u>
   Kawasaki-Krankheit, Typ-1-Diabetes (T1D), mütterlicher Antikörper-abhängiger Autismus
   (Arumugham, V, 2019)

Da der Beobachtungszeitraum in den Zulassungsstudien meist nur wenige Tage bis einige Wochen beträgt, ist die Liste laut Untersuchungen eigentlich noch viel länger.

18. Nebenwirkungen bei der Masernimpfung werden potentiell nur als solche anerkannt, wenn sie bestimmte Anforderungen erfüllen

Laut VAERS, der amerikanischen Meldestatistik, zählen dazu:

A. Anaphylaxie oder anaphylaktischer Schock (7 Tage)
B. Enzephalopathie oder Enzephalitis (15 Tage)
C. Schulterverletzung im Zusammenhang mit der Verabreichung von Impfstoffen (7 Tage)
D. Vasovagal-Synkope (7 Tage)

E. Akute Komplikationen oder Folgeschäden (einschließlich Tod) der oben genannten Ereignisse (Intervall - entfällt)
F. Ereignisse, die in der Packungsbeilage des Herstellers als Kontraindikationen für zusätzliche Impfstoffdosen beschrieben sind (VAERS, USA)

19. Nebenwirkungen von Impfungen werden kaum angegeben. Allein die Häufigkeiten in den Zulassungsstudien der Impfstoffhersteller müssten eine viel größere Meldungsrate ergeben

    Laut einer Studie der Harvard Universität werden maximal einer in hundert überhaupt gemeldet (Lazarus, 2007). Studien haben mehrere häufige Nebenwirkungen dazu berichtet. So zum Beispiel Krampfanfälle (Vestergaard, 2004), Diabetes Typ 1 (Classen, 2008) oder Thrombozytopenie, eine ernste Autoimmunerkrankung (Black, 2003). Diese Nebenwirkungen sind alle in den Beipackzetteln der Impfungen nachzulesen.

20. Über Autoimmunerkrankungen durch Impfnebenwirkungen gibt es ein eigenes Buch mit hunderten von Studien

    Durch die Entdeckung des durch Adjuvantien oder ASIA induzierten Autoimmunsyndroms untersuchen die Autoren um Prof. Shoenfeld, einer der führenden Immunologen weltweit, „Vaccines and Autoimmunity“ die Rolle von Adjuvantien - insbesondere Aluminium in verschiedenen Impfstoffen - und wie sie bei genetisch anfälligen Personen verschiedene klinische Autoimmunmanifestationen induzieren können (Shoenfeld, 2015).

21. Impfnebenwirkungen sind häufig

    Impfnebenwirkungen sind häufig und der Grund, warum 1 von 168 Kindern nach dem 12-Monate-Impftermin (Masernimpfung) und 1 von 730 Kindern nach dem 18-Monate-Impftermin in den USA (Wilson, 2011) in der Notaufnahme eines Krankenhauses landen. Über die Rate in Deutschland liegen keine Zahlen vor. Wenn das Risiko eines unerwünschten Ereignisses, das einen Notaufnahme-Besuch nach Baby-Impfungen erfordert, nachweislich so hoch ist, muss die Impfung eine Wahl für Eltern bleiben, die verständlicherweise nicht bereit sind, dieses unmittelbare Risiko einzugehen, um ihre Kinder vor diesen Krankheiten zu schützen, die im allgemeinen als mild angesehen oder denen ihre Kinder niemals ausgesetzt sein könnten.

22. Kompensationszahlungen für Impfgeschädigte

    Wenn Impfnebenwirkungen in der Presse als selten beschrieben werden, warum hat dann zum Beispiel in den USA das Impfkompensationsprogramm (National Vaccine Injury Compensation Program (NVICP)) bereits über vier Milliarden an Entschädigungen für die Geschädigten ausgezahlt? Das waren für die Masern-Mumps-Röteln-Impfung alleine 93 929 ernste Nebenwirkungen, 1 810 dauerhaft Geschädigte, 6 902 Krankenhauseinweisungen und **463 Todesfälle** durch die Impfung (VAERS)**.**

23. Masern sind für Säuglinge und für Erwachsene gefährlicher als für Kinder im Schulalter. Diese Altersgruppen für die Masernerkrankung sind erst seit der Impfung entstanden

Die Mehrzahl der Masernfälle bei den jüngsten US-Ausbrüchen (einschließlich des jüngsten Ausbruchs von Disneyland) sind Erwachsene und sehr junge Babys, wohingegen Masern in der Zeit vor der Impfung hauptsächlich im Alter zwischen 1 und 15 Jahren auftraten. Eine „natürliche" Maserninfektion bringt eine lebenslange Immunität mit sich, während die Immunität der Impfstoffe im Laufe der Zeit nachlässt und Erwachsene durch ihre Kindheitsimpfungen nicht geschützt sind. Masern sind für Säuglinge und für Erwachsene gefährlicher als für Kinder im Schulalter.

Trotz der hohen Expositionsaussichten in der Zeit vor der Impfung traten Masern aufgrund des robusten mütterlichen Immunitätsübertragungsmechanismus praktisch nicht bei Säuglingen auf, die jünger als ein Jahr waren. Die Anfälligkeit von sehr jungen Babys gegenüber Masern ist das direkte Ergebnis der intensiven Massenimpfkampagnen der Vergangenheit, in der ihre Mütter, die selbst in ihrer Kindheit geimpft worden waren, keine Masern im sicheren Schulalter auf natürliche Weise erleben konnten und eine auf Lebenszeit stabile Immunität etablieren konnten, so dass sie Antikörper auf ihre Babys übertragen und diese im ersten Lebensjahr vor Masern schützten konnten.

24. Die als Spätfolge der Masern aufgeführte Entzündung des Gehirns (SSPE) kann auch durch die Impfung ausgelöst werden

    Es konnte nachgewiesen werden, dass die als Masernspätkomplikation bezeichnete SSPE auch durch die Impfung ausgelöst werden kann (Halsey, 1990). Eine Untersuchung aus dem Jahr 2014 zeigt, dass es genetische Varianten des Masern-Wildvirus gibt, die durch nach der Impfung oder der Erkrankung gebildeten Antikörper nicht vollständig eliminiert werden. Besonders häufig fanden sich diese Mutationen in Fällen von SSPE, so dass hier vielleicht ein Erklärungsansatz für diese Komplikation gefunden werden könnte (Kweder, 2014).

25. Die Behauptung, dass Ungeimpfte eine Gefahr für die Gesellschaft darstellen würden, ist wissenschaftlich nicht haltbar.

    Die Frage ist auch, was 97% Geimpfte zu befürchten haben, wenn sie doch alle einen Impfschutz haben. Die Harvard-Immunologin Dr. Tetyana Obukhanych schrieb einen offenen Brief an Gesetzgeber, die über die Aufhebung von Impfbefreiung nachdenken und argumentierte, dass nicht geimpfte Kinder kein größeres Gesundheitsrisiko als geimpfte Kinder darstellen (Obukhanych, 2015).

26. Masernimpfstoffe haben Inhaltsstoffe (DNA) aus abgetriebenen menschlichen Föten

    Sowohl die Masern-Mumps-Röteln-Impfung MMR II (Merck) als auch Priorix (Glaxo SmithKline) weisen menschliche DNA aus abgetrieben Föten auf (McKenna, 2018). Wissenschaftlich gesehen ist dies problematisch, da dadurch eine Sensibilisierung gegenüber humaner DNA möglich ist. Deisher (Deisher, 2015) konnte diese DNA-Kontaminationen in verschiedenen Impfungen nachweisen und warnt seit Jahren ausdrücklich vor der Verwendung menschlicher Erbinformationen in Impfstoffen. So können bis 5 Nanogramm pro ml humane DNA nach der Masernimpfung in Kindern

gefunden werden. In dem Röteln Anteil der Masern/Mumps/Röteln Impfung werden sogar ca. 175 Nanogramm gefunden (WHO, 2015). Der fragwürdige Grenzwert der WHO von menschlicher DNA in Impfungen sind 10 Nanogramm. Die in der Masernimpfung enthaltenen Erbinformationsstücke entsprechen DNA Strängen von ca. 215 Basenpaaren. Diese Höhe kann laut Studien zu der Aktivierung des so genannten „Toll-like Rezeptors 9 (TLR 9)" führen, der Autoimmunattacken auslösen kann. Fötale DNA in Impfstoffen sind laut der Meinung von Immunologen in dieser Höhe ein starker entzündungsfördernder Trigger. Ebenso ergibt sich dadurch das Risiko einer „Cross-Reactivity". Das heißt der Körper beginnt dann gegen die körpereigenen DNA-Fragmente, die identisch mit denen aus dem Impfstoff sind, Antikörper zu bilden. Denn durch die Impfung ist ja darauf sensibilisiert worden. Autistische Kinder zum Beispiel weisen diese Antikörper in hohen Mengen gegenüber nichtautistischen Kindern auf (Mostafa, 2014). Eine weitere, sehr ernste und schwer nachweisbare Konsequenz der Injektion von humaner DNA in den Körper, ist die sogenannte "insertional mutagenesis". Das heißt, Erbinformationen aus der Impfung werden in die DNA der geimpften Kinder integriert und lösen dadurch Mutationen (Veränderungen im Erbgut) aus. In Mäuseversuchen konnte gezeigt werden, dass bei einer Injektion von 1,9 Nanogramm Mäuse-DNA 100% davon in das Erbgut der Mäuse integriert wurden (Mc Neer, 2012). Wie oben gezeigt ist die Konzentration in den Impfstoffen viel höher als dies. Besonders fragwürdig ist hierbei auch die Zulassung der Verwendung von menschlicher DNA in weltweit an Millionen von Kindern verwendeten Impfstoffen. Während jedes Medikament normalerweise toxikologische Testungen für die Inhaltsstoffe durchgehen muss, um auf den Markt gebracht zu werden, wurde dies für menschliche DNA in Impfstoffen nie gemacht. Der Vatikan stellt sich mit der „Pontifica Academica Pro Vita" gegen Impfstoffe mit abgetrieben Föten.

27. Zahlreiche Untersuchungen von Masernimpfstoffen konnten darin Verunreinigungen vorfinden.

    Das Corvelva-Institut in Italien konnte 2018/19 zeigen, dass untersuchte Impfstoffe der Marke Priorix Tetra (einer der gängigen Masern-Impfstoffe) zahlreiche Verunreinigungen in den beiden untersuchten Chargen aufwiesen. Dabei fanden die Labore zwischen 115 und 173 verschiedene Substanzen. Während einige dabei als toxisch, andere als allergen eingestuft wurden, hatten wiederum andere pharmazeutische Wirkungen (z.B.: Sildenafil (Viagra), Gabapentin (anti-epileptisch), Atovaguone (Anti-Malaria Medikation)). Beide Chargen zeigten Verunreinigungen mit mehreren Antibiotika, Herbiziden, Acaricides und Morphium Metaboliten. Außerdem zeigten einige der untersuchten Proben Kontaminationen mit Retroviren wie humaner endogener Retrovirus K, equiner infektöser Anämie Virus (Pferd) , avianes Leukose Virus (Vogel) und HERV-H/env62 auf.

28. Nanopartikel-Kontamination im Masern-Impfstoff

    Nanopartikel können zu Entzündungsreaktionen in Organen und Gehirn führen. 2016 (Gatti, 2016) fand Dr. Antonietta Gatti (National Council of Research of Italy and the Scientific Director of Nanodiagnostics) heraus, dass jede der 44 Proben von 30 Impfstoffen gefährliche Kontaminationen aufwies. Dies waren Verunreinigungen

durch Metalle in der Größe zwischen 100 nm und 10 Microns. Die Maserimpfung Priorix wies dabei Verunreinigungen durch Wolfram, Nickel und Eisen auf.

29. Antikörperanstieg ist Beweis für Impfeffizienz, nicht aber der tatsächliche Schutz vor der Erkrankung.

    Es ist bekannt, dass der Antikörper-Anstieg (was offiziell als Impfschutz gilt, nicht aber anzeigt, ob er tatsächlich vor der Erkrankung schützt) nur über kurze Zeiträume nach der Impfung nachgewiesen ist und daher ein Großteil der Bevölkerung sowieso keine Immunität gegenüber Masern haben kann. Doch besteht unser Immunsystem aus zwei Teilen, dem TH1-System, der zellulären Immunität, und dem TH2-System, der humoralen Immunität, die für die Antikörperproduktion verantwortlich ist. Es gibt jedoch Menschen, die gar keine Antikörper bilden können und dennoch gegen Infektionserkrankungen immun sind, während es auch Menschen mit hohem Antikörpertiter gibt, die dennoch an der Infektionskrankheit erkranken.

30. Masernimpfung und Autismus

    Während in den Medien eine dänische Studie zeigen sollte, dass es doch keinen Zusammenhang zwischen der Masern-Mumps-Röteln-Impfung und Autismus geben soll, zeigen über 100 Studien das Gegenteil. Tausende von Eltern von autistischen Kindern berichten von vor der Impfung gesunden Kindern. In einer Studie konnte zum Beispiel gezeigt werden, dass es nach atypischen Masern oder der Masernimpfung nicht nur Antikörper gegen die Viren gab, sondern sich auch gleichzeitig Auto-Antikörper gegen das eigene zentrale Nervensystem (MBP, myelin based protein) gebildet hatten (Vijendra, 2002). Und dies in über 90 % der Untersuchten. Arumugham (Arumugham, 2019) konnte zeigen, dass in der Masernimpfung sowohl die Kükenembryo-Zellkultur als auch die Masernvirusproteine als Auslöser von Autismus beschrieben werden.

31. Natürlich durchgemachte Masern schützen vor und bei Erkrankungen.

    Es gibt eine Vielzahl von Studien, die zeigen, dass eine Masernerkrankung positive Wirkungen haben kann. Zwar ist es nicht angenehm, ein paar Tage hohes Fieber zu haben, doch bewirkt diese Stimulation des Immunsystems auch einiges potentiell Positives. Einmal an Masern Erkrankte haben eine signifikant niedrigere Allergierate (Rosenlund, 2009; Kucukosmanoglu, 2006). Frühe Fiebererkrankungen wie Masern senken signifikant das Krebsrisko im späteren Leben (Albonico, 1998). Es wurden spontane Verbesserungen von nicht therapierbaren Epilepsien nach durchgemachten Fieberinfekten wie Masern (Yamamoto, 2004) beschrieben. Es gibt beschriebene Remissionen von einer kindlichen Krebserkrankung (Hodgkin Lymphom) nach einer Masernerkrankung (Mota, 1973). Die Malariaerkrankungsdichte war während akuter Masern-Ausbrüche geringer (Rooth, 1991; Rooth, 1992). Es wurden Spontanheilungen von Rheuma nach einer Maserninfektion beschrieben (Simpanen, 1977; Lepore, 1988). Ebenso wurden Spontanheilungen von Schuppenflechte (Psoriasis) nach der Masernerkrankung beschrieben (Lintas, 1959; Fomin, 1961).

32. Impfstudien benötigen dringend Vergleichsstudien vom Geimpften und Nicht-Geimpften, um reelle Aussagen über Effizienz und Sicherheit machen zu können.

    Dies wurde bisher nie für Zulassungen durch die Hersteller oder Gesundheitsbehörden gemacht. Zwei der wenigen unabhängigen Studien aus den USA aus dem Jahr 2017 (Mawson, 2017) konnten zeigen, dass geimpfte Kinder 6,5-fach mehr neurologische Entwicklungsstörungen aufwiesen als ungeimpfte. In einer weiteren Studie war dieser Faktor sogar 14,5-mal höher.

33. Impfhersteller haften nicht für Impfschäden.

    1982 weigerten sich in den USA die Impfhersteller (Merck, Wyeth, Lederle, Connaugh) Impfstoffe auszuliefern, wenn die Haftung bei den Firmen sein sollte. Die Haftung wurde daraufhin von den Firmen genommen. 2011 wurde dies bestätigt. (February 22, 2011, the U.S. Supreme Court). So haften auch in Deutschland weder Ärztinnen/Ärzte noch die Hersteller für Impfschäden. Nach Ansicht der Bundesregierung übernehmen die öffentliche Hand der Bundesländer die vorläufige Haftung, also die Steuerzahler. Was vielen laut dem EuGH nicht bekannt ist: Klare Indizien reichen bei einem Impfschaden aus (2017).

34. Allgemeine Fragen um die Zulassungen von Impfungen müssen erst einmal neu aufgearbeitet werden.

    Denn präklinische Sicherheitsstudien sind fast kaum präsent oder besitzen kaum Aussagekraft. So genannte pharmakokinetische Studien sind nicht verpflichtend und werden fast nie gemacht. Fragwürdig ist auch die Vorgehensweise, den Beobachtungszeitraum für Nebenwirkungen auf meist nur max. 5-15 Tage zu setzen, obwohl viele Nebenwirkungen erst nach Monaten bis Jahren auftreten können. Eine Placebogruppe gibt es fast nie. Das sogenannte „Placebo“ ist bei Impfzulassungsstudien meist nur ein Vergleichsimpfstoff oder eine Lösung mit einem Adjuvans. Da es keine Placebogruppe gibt, gibt es auch keine Kontrollgruppe. Auch korrekturbedürftig ist die Vorgehensweise, nur gesunde Kinder in die Studien aufzunehmen, denn das entspricht nicht dem gesellschaftlichen Profil. Fragezeichen ergeben sich, wenn die Studien zur Zulassung lediglich die Bildung von Antikörpern berücksichtigen, und nicht deren Wirksamkeit durch effektive Senkung der Erkrankungsrate. Usus ist heutzutage, dass die Studien zur Zulassung ohne Kontrolle der Behörden, sondern nur vom Hersteller gemacht werden. Internationale Experten fordern daher eine Neuevaluierung der Zulassung von Impfstoffen.

Quellen:

1. Abdelwahab M, recent approach in the treatment of measles, Sudanese Journal of Paediatrics, Vol. 7, 2005
2. Albonico HU, Bräker H U , Hüsler J, Febrile infectious childhood diseases in the history of cancer patients and matched controls. Med Hypotheses. 1998 Oct; 51(4):315-20. PMID: 9824838
3. Arumugham, V, Vaccines and Biologics injury table based on mechanistic evidence-Mar 2019

4. Barkin R, measles mortality: a retrospective look at the vaccine era, American Journal of Epidemiology, Volume 102, Issue 4, October 1975, Pages 341–349, https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112170
5. Bartoloni A, Cutts FT, Guglielmetti P, Brown D, Bianchi Bandinelli ML, Hurtado H, Roselli M.:Response to measles revaccination among Bolivian school-aged children Trans R Soc Trop Med Hyg. 1997 Nov-Dec; 91(6):716-8.
6. Bellini WJ, Rota PA. Genetic Diversity of Wild-Type Measles Viruses: Implications for Global Measles Elimination Programs. Emerg Infect Dis. 1998; 4(1):29-34. https://dx.doi.org/10.3201/eid0401.980105
7. Black C, Kaye JA, Jick H. MMR vaccine and idiopathic thrombocytopaenic purpura. Br J Clin Pharmacol. 2003; 55(1):107–111. doi:10.1046/j.1365-2125.2003.01790.x
8. Classen J, Risk of Vaccine Induced Diabetes in Children with a Family History of Type 1 Diabetes, The Open Pediatric Medicine Journal, 2008, 2, 7-10
9. Deisher TA, Doan NV, Koyama K, Bwabye S. Epidemiologic and Molecular
10. Deisher T, Doan N et., 'Epidemiologic and molecular relationship between vaccine manufacture and autism spectrum disorder prevalence', Issues Law Med 2015 Spring; 30(1):47-70Deisher et al. Issues Law Med, 2015 Vol. 30, pp. 25-46
11. Davis M, Whitman E, Orenstein W, Preblud S, Markowitz L, Hinman A. A persistent outbreak of measles despite appropriate prevention and control measures. Am J Epidemiol. 1987 Sep ; 126(3):438-49. PMID: 3618578
Relationship Between Vaccine Manufacture and Autism Spectrum Disorder Prevalence. Issues Law Med. 2015 Spring; 30(1):47-70. PubMed PMID: 26103708.
12. De Serres G, Boulianne N, Defay F, Brousseau N, Benoît M, Lacoursière S, Guillemette F, Soto J, Ouakki M, Ward BJ, Skowronski DM. Higher risk of measles when the first dose of a 2-dose schedule of measles vaccine is given at 12-14 months versus 15 months of age. Clin Infect Dis. 2012 Aug; 55(3):394-402
13. De Serres et al al, Largest measles epidemic in North America in a decade Quebec, (Canada), 2013
14. Drexler F. Nature Communications 3, Article number:796; doi:10.1038/ncomms1796; www.nature.com, 2014
15. Enninga et al. Front Immunol. 2015 Aug 26;6:424
16. Fomin K F, Cure of psoriasis after co-existing measles. Vestn Dermatol Venerol. 1961 Jun; 35:66-8. PMID: 13700553
17. Fusade-Boyer M, Dupré G, Bessière P, et al. Evaluation of the Antiviral Activity of Sephin1 Treatment and Its Consequences on eIF2α Phosphorylation in Response to Viral Infections. Front Immunol. 2019; 10:134. Published 2019 Feb 12. doi:10.3389/fimmu.2019.00134
18. Gabriëlle M, Knipping D, Frankema D, Outbreak of over 12,000 cases of measles in Ukraine is caused by recent vaccination campaign?!, Foundation Vaccine-Free, 2018
19. Griffin DE. The Immune Response in Measles: Virus Control, Clearance and Protective Immunity. Viruses. 2016; 8(10):282. Published 2016 Oct 12. doi:10.3390/v8100282
20. Gustafson L, Lievens A, Brunell P, Moellenberg R, Buttery C, Sehulster L. Measles outbreak in a fully immunized secondary-school population. N Engl J Med. 1987 Mar 26; 316(13):771-4. PMID: 3821823
21. Halsey N. Risk of subacute sclerosing panencephalitis from measles vaccination. Pediatr Infect Dis J. 1990 Nov; 9(11):857-8. No abstract available. PMID: 2263442; UI: 91088240.

22. Halsey, N-A: Increased mortality after high titer measles vaccines: too much of a good thing. Pediatr-Infect-Dis-J. 1993 Jun; 12(6): 462-5.
23. Gatti AM, Montanari S (2016), New Quality-Control Investigations on Vaccines: Micro- and Nanocontamination. Int J Vaccines Vaccin 4(1): 00072. DOI: 10.15406/ijvv.2017.04.00072
24. Humphries S, Bystrianyk R, Die Impf-Illusion: Infektionskrankheiten, Impfungen und die unterdrückten Fakten, 2015
25. Kweder H, Ainouze M, Cosby SL, et al. Mutations in the H, F, or M Proteins Can Facilitate Resistance of Measles Virus to Neutralizing Human Anti-MV Sera. Adv Virol. 2014; 2014:205617. doi:10.1155/2014/205617
26. LeBaron CW, Beeler J, Sullivan BJ, et al. Persistence of Measles Antibodies After 2 Doses of Measles Vaccine in a Postelimination Environment. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007; 161(3):294–301. doi:10.1001/archpedi.161.3.294
27. Lepore L, Agosti E, Pennesi M, Barbi E, De Manzini A, Long-term remission induced by measles infection and followed by immunosuppressive therapy in a case of refractory juvenile rheumatoid arthritis, Pediatr Med Chir. 1988 Mar-Apr; 10(2):191-3. PMID: 3174483
28. Levy D, the future of measles in highly immunized populations a modeling approach, American Journal of Epidemiology, Volume 120, Issue 1, July 1984, Pages 39–48, https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a113872
29. Lintas N, Case of psoriasis cured after intercurrent measles. Minerva Dermatol. 1959 Apr; 34(4):296-7. PMID: 13656632
30. Masters, N. B., Wagner, A. L., Ding, Y., Zhang, Y., & Boulton, M. L. (2019). Assessing measles vaccine failure in Tianjin, China. Vaccine. doi:10.1016/j.vaccine.2019.05.005
31. McKenna KC. Use of Aborted Fetal Tissue in Vaccines and Medical Research Obscures the Value of All Human Life. Linacre Q. 2018; 85(1):13–17. doi:10.1177/0024363918761715
32. Mitchell LA, Tingle AJ, Decarie D, Lajeunesse C.: Serologic responses to measles, mumps, and rubella (MMR) vaccine in healthy infants: failure to respond to measles and mumps components may influence decisions on timing of the second dose of MMR.Can J Public Health. 1998 Sep-Oct;89(5):325-8.
33. Mostafa et al. 2014, J Neuroimmunol , Vol. 272, pp. 94–98
34. Mostafa et al. 2015, J Neuroimmunol , Vol. 280, pp. 16–20
35. MuldersM, https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/active/MuldersM_webinar20171205.pdf?ua=1
36. Poland GA, Jacobson RM. The re-emergence of measles in developed countries: time to develop the next-generation measles vaccines? Vaccine. 2012 Jan 5; 30(2):103-4. doi: 10.1016/j.vaccine.2011.11.085. PubMed PMID: 22196079; PubMed Central PMCID: PMC3905323.
37. Prymula R, Siegrist C, Chlibek R, Zemlickova H, Vackova M, Smetana J, Lommel P, Kaliskova E, Borys D, Schuerman L., Effect of prophylactic paracetamol administration at time of vaccination on febrile reactions and antibody responses in children: two open-label, randomised controlled trials, The Lancet, Volume 374, Issue 9698, Pages 1339-1350, 17 October 2009. DOI:10.1016/S0140-6736(09)61208-3
38. Obukhanych T, An Open Letter to Legislators Currently Considering Vaccine Legislation, https://vaccinechoicecanada.com/wp-content/uploads/Letter-to-Legislatures-Considering-Vaccine-Legislation-Obukhanych.pdf, 2015

39. Lazarus R, Electronic Support for Public Health–Vaccine Adverse Event Reporting System (ESP:VAERS), https://healthit.ahrq.gov/sites/default/files/docs/publication/r18hs017045-lazarus-final-report-2011.pdf
40. LeBaron et al., Arch Pediatr Adolesc Med 161:294-301, 2007
41. Mawson AR (2017) Pilot comparative study on the health of vaccinated and unvaccinated 6- to 12-year-old U.S. children, J Transl Sci, 2017, Volume 3(3): 1-12
42. Mawson AR (2017) Preterm birth, vaccination and neurodevelopmental disorders: a cross-sectional study of 6- to 12-year-old vaccinated and unvaccinated children, J Transl Sci, 2017, Volume 3(3): 1-8
43. McNeer, N A et al. "Systemic delivery of triplex-forming PNA and donor DNA by nanoparticles mediates site-specific genome editing of human hematopoietic cells in vivo." Gene therapy vol. 20,6 (2012): 658-69. doi:10.1038/gt.2012.82
44. Kucukosmanoglu E, Cetinkaya F, Akcay F, Pekun F, Frequency of allergic diseases following measles. Allergol Immunopathol (Madr). 2006 Jul-Aug; 34(4):146-9. PMID: 16854347
45. Ma C, Hao L, Zhang Y, Su Q, Rodewald L, An Z, Yu W, Ma J, Wen N, Huiling Wang, Xiaofeng Liang, Huaqing Wang, Weizhong Yang, Li Li, and Huiming Luo: Monitoring progress towards the elimination of measles in China: an analysis of measles surveillance data, Bull World Health Organ. May 1, 2014; 92(5): 340–347; http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4007128/
46. Mota H C, Infantile Hodgkin's disease: remission after measles. Br Med J. 1973 May 19; 2(5863):421. PMID: 4574047
47. National Archives UK; http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20140714084352/http://www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/H PAweb C/1242198450982
48. Obukhanych , https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=Letter-to-Legislatures-Considering-Vaccine-Legislation-Obukhanych&ie=UTF-8&oe=UTF-8
49. Piacentini S, La Frazia S, Riccio A, et al. Nitazoxanide inhibits paramyxovirus replication by targeting the Fusion protein folding: role of glycoprotein-specific thiol oxidoreductase ERp57. Sci Rep. 2018; 8(1):10425. Published 2018 Jul 11. doi:10.1038/s41598-018-28172-9
50. Poland & Jacobson, "Failure to Reach the Goal of Measles Elimination: Apparent Paradox of Measles Infections in Immunized Persons." Arch Intern Med 154:1815-1820, 1994
51. Priorix Beipackzettel, https://www.impfkritik.de/upload/pdf/fachinfo/Priorix-Glaxo-2003-01.pdf
52. Rooth I, Sinani H, Smedman L, Björkman A, A study on malaria infection during the acute stage of measles infection. J Trop Med Hyg. 1991 Jun; 94(3):195-8. PMID: 2051525
53. Rooth I B, Bjorkman A, Suppression of Plasmodium falciparum infections during concomitant measles or influenza but not during pertussis. Am J Trop Med Hyg. 1992 Nov; 47(5):675-81. PMID: 1449208
54. Rosenlund H, Bergstrom A, Alm JS, Swartz J, Scheynius A, van Hage M, Johansen K, Brunekreef B, von Mutius E, Ege MJ, Riedler J, Braun-Fahrlander C, Waser M, Pershagen G, Allergic Disease and Atopic Sensitization in Children in Relation to Measles Vaccination and Measles Infection, PARSIFAL Study Group. Pediatrics, 2009.

55. Rosen et al., Outbreak of measles among persons with prior evidence of immunity, New York City, Clin Infect Dis 58:1205-1210, 2014
56. Roy F, Mendoza L, Hiebert R,. McNall R, Bankamp B, Connolly S, Lüdde A, Friedrich N, A Mankertz, Rota P, Severini A, Rapid Identification of Measles Virus Vaccine Genotype by Real-Time PCR Journal of Clinical Microbiology Feb 2017, 55 (3) 735-743; DOI: 10.1128/JCM.01879-16
57. Schultz ST, Gould GG. Acetaminophen Use for Fever in Children Associated with Autism Spectrum Disorder. Autism Open Access. 2016; 6(2):170. doi:10.4172/2165-7890.1000170
58. Shanks GD, Hu Z, Waller M, Lee SE, Terfa D, Howard A, van Heyningen E, Brundage JF. Measles epidemics of variable lethality in the early 20th century. Am J Epidemiol. 2014 Feb 15; 179(4):413-22. doi: 10.1093/aje/kwt282. Epub 2013 Nov 26. PubMed PMID: 24284015.
59. Simpanen E, van Essen R, Isomäki H, Remission of juvenile rheumatoid arthritis (Still's disease) after measles. Lancet. 1977 Nov 5; 2(8045):987-8. PMID: 72339
60. Shoenfeld Y, Vaccines and Autoimmunity, 2015
61. Sowers SB, Rota JS, Hickman CJ, et al. High Concentrations of Measles Neutralizing Antibodies and High-Avidity Measles IgG Accurately Identify Measles Reinfection Cases. Clin Vaccine Immunol. 2016; 23(8):707–716. Published 2016 Aug 5. doi:10.1128/CVI.00268-16
62. Vaers , https://medalerts.org/vaersdb/index.php
63. VaersUSA, https://vaers.hhs.gov/docs/VAERS_Table_of_Reportable_Events_Following_Vaccination.pdf
64. Vestergaard M, Hviid A, Madsen KM, et al. MMR Vaccination and Febrile Seizures: Evaluation of Susceptible Subgroups and Long-term Prognosis. JAMA. 2004; 292(3):351–357. doi:10.1001/jama.292.3.351
65. Vijendra K. Singh, Sheren X. Lin, Elizabeth Newell, Courtney Nelson. Abnormal Measles-Mumps-Rubella Antibodies and CNS Autoimmunity in Children with Autism Journal of Biomedical Science, 2002, 9:359–364
66. WHO, https://www.who.int/nutrition/publications/vad_consequences.pdf
67. WHO Technical Report. WHO EXPERT COMMITTEE ON BIOLOGICAL STANDARDIZATION 941; Deisher et al. Issues Law Med. 2015 Spring;30(1):47-70
68. WHO, 2019: https://www.who.int/csr/don/06-may-2019-measles-euro/en/
69. Wilson et al, Adverse events following 12 and 18 month vaccinations: a population based, self controlled case series analysis. PLoS"One!6:e27897, 2011
70. Yamamoto H, Yamano T, Niijima S, Kohyama J, Yamanouchi H, Spontaneous improvement of intractable epileptic seizures following acute viral infections. Brain Dev. 2004 Sep; 26(6):377-9. PMID: 15275699

Masernimpfung Teil 2:

Sehr geehrte Eltern,
sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt.

Betr.: Masernimpfung

Bitte bestätigen Sie als Eltern oder Patienten und ebenso Sie als impfende Ärztin/impfender Arzt das Durchlesen dieser Informationen und den beigefügten Fakten über die Masernimpfung. Dies ist notwendig, um eine informierte Entscheidung über eine Masernimpfung zu ermöglichen.

Nach einhelliger Auffassung aller Juristen ist jede mit einer Einwirkung auf die körperliche Integrität durchgeführte ärztliche Behandlung tatbestandlich eine Körperverletzung des Patienten. Dies gilt sowohl für eine medikamentöse Therapie als auch für eine Impfung.

Dabei kommt es nicht darauf an, ob die Behandlung medizinisch indiziert war, ordnungsgemäß oder fehlerhaft durchgeführt wurde, geglückt oder misslungen ist oder in bester medizinischer Absicht durchgeführt wurde.

Im Hinblick auf das Selbstbestimmungsrecht des Menschen ist es bisher **allein** die Entscheidung des mündigen Patienten, ob eine bestimmte medizinische Behandlung vom Arzt durchgeführt werden soll oder nicht.

Die Behandlung durch den Arzt wird also erst dadurch gerechtfertigt und damit straffrei, wenn der Patient zuvor in sie eingewilligt hat.

Wirksam einwilligen in seine Behandlung kann aber nur der Patient, der zuvor vom Arzt aufgeklärt worden ist. Einwilligen kann nämlich nur, wer weiß, was mit ihm geschieht und welchen Risiken er sich aussetzt. **Tut der Arzt dies nicht, ist die Impfung rechtswidrig und einer gefährlichen Körperverletzung gleichgestellt, unabhängig davon, ob es später zu einem Impfschaden kommt, da bereits der Stich mit der Nadel eine solche Körperverletzung darstellt.**

Wir möchten Sie daher bitten, sich die folgenden Punkte genau durchzulesen und danach Ihre Einwilligung mit einer Unterschrift zu bestätigen.

1. VERLAUFSAUFKLÄRUNG

a) Die Ärztin/der Arzt hat dem Patienten das Wesen der in Aussicht genommenen Behandlung oder des geplanten Eingriffs, nicht im medizinischen Detail, aber im Großen und Ganzen zu erläutern. **Er hat ihn auch darüber zu unterrichten, welchen voraussichtlichen Verlauf die Krankheit nehmen wird, wenn der Patient seine Einwilligung verweigert.**

b) **Aufzuklären ist ferner über die als sicher angesehenen Behandlungsfolgen (z.B., Nebenwirkungen von Impfungen und alle anderen das künftige Leben des Patienten**

belastenden Faktoren). Dazu zählt auch die mögliche Methode zum Ausschluss von Allergien auf die Impfinhaltsstoffe.

c) Aufzuklären ist auch über die Heilungschancen und das Misserfolgsrisiko.

d) **Erst wenn der Patient den Nutzen der Behandlung, ihre Risiken und die Wahrscheinlichkeit des Erfolgseintritts kennt, kann er für sich abwägen, ob er sich der vom Arzt vorgeschlagenen diagnostischen Maßnahme oder Therapie unterziehen will oder nicht.**

e) Welche Therapiemethode zum Einsatz kommt, unterliegt grundsätzlich der Therapiefreiheit des Arztes. Über alternative Behandlungsmethoden hat er nur dann aufzuklären, wenn diese verschiedene oder verschieden hohe Gefahren aufweisen.

2. RISIKOAUFKLÄRUNG

a) Auch bei Anwendung äußerster Sorgfalt gibt es von der Ärztin/dem Arzt nicht zu beherrschende Gefahren und Risiken. **Die Patientin/der Patient ist über solche möglichen Komplikationen und über schädliche Nebenfolgen zu informieren, die selbst bei Beachtung der notwendigen Sorgfalt durch die Ärztin/den Arzt und auch ansonsten fehlerfreier Behandlung auftreten können.**

b) **Dabei ist über alle Risiken, die mit der Eigenart des Eingriffs spezifisch verbunden sind, unabhängig von ihrer auftretenden Häufigkeit aufzuklären.**

f) Inhalt und Umfang der Risikoaufklärung hängen einerseits wesentlich von der Stärke der medizinischen Indikation und andererseits von der Schwere der möglichen Komplikation ab.

g) Beeinträchtigt eine mögliche Komplikation die Lebensführung in besonderer Weise (siehe als Beispiel den Beipackzettel der MMR Impfung Priorix), ist **über sie auch dann aufzuklären, wenn sie statistisch nur sehr selten eintritt.**

Informationen über Nebenwirkungen im Beipackzettel der Masern-Mumps-Röteln-Impfung Priorix:

Sehr häufig (mehr als 10 %): lokale Rötung, Fieber (rektal: 38°C bis 39,5°C; axillar/oral: 37,5°C bis 39°C)

Häufig (1 in 10 bis 1 in 100): lokale Schmerzen und Schwellung, Fieber (rektal: 39,5°C; axillar/oral: 39,0°C), ungewöhnliches Schreien, Nervosität, Hautausschlag

Gelegentlich (1 in 100 bis 1 in 1000): Fieberkrämpfe, Parotisschwellung, Durchfall, Erbrechen, Appetitlosigkeit, andere Virusinfektionen, Mittelohrentzündung, Pharyngitis, Infektionen der oberen Atemwege, Schnupfen, Bronchitis, Husten, Lymphadenopathie.

Nach der Markteinführung ist über folgende zusätzliche Nebenwirkungen im zeitlichen Zusammenhang mit der Priorix-Impfung berichtet worden:

1 in 10 000 und darüber: Arthralgie, Arthritis, allergische Reaktionen einschließlich anaphylaktischer Reaktionen, Kawasaki-Syndrom, Meningitis, transverse Myelitis, Guillain-Barré-Syndrom, periphere Neuritis, Enzephalitis, Thrombozytopenie, Thrombozytopenia purpura, Erythema multiforme

h) Die Verlaufs- und die Risikoaufklärung ist von der Ärztin/dem Arzt selbst in einem **persönlichen Gespräch** mit der Patientin/dem Patienten vorzunehmen. Er darf sich nicht durch Hilfspersonen (Krankenschwester, Arzthelferin) vertreten lassen.

i) Die bloße Aushändigung eines Formulars zum Durchlesen und zur Unterschrift durch den Patienten genügt nicht. Ausreichend ist es aber, wenn der Patientin/dem Patienten ein Aufklärungsformular zum Durchlesen überreicht wird und der Arzt dies anschließend mit ihm bespricht oder der Arzt das Aufklärungsgespräch anhand eines Formulars führt.

j) Zur Aufklärung einer Person, die des Deutschen nicht mächtig ist, ist ein Dolmetscher zuzuziehen.

k) Abgesehen von Notfällen ist die Aufklärung so rechtzeitig durchzuführen, dass der Patient ausreichend Zeit hat, das Für und Wider der vorgeschlagenen Maßnahme abzuwägen. Bei ambulanten Operationen oder Impfungen genügt die Aufklärung am Eingriffstag.

l) Bei der Behandlung von Minderjährigen ist die Einwilligung **beider** sorgeberechtigter Eltern einzuholen. Nur in Notfällen genügt die Zustimmung eines erreichbaren sorgeberechtigten Elternteils.

3. THERAPEUTISCHE AUFKLÄRUNG

a) Unabhängig von den zuvor behandelten Aufklärungspflichten, die sich aus dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten ergeben, hat der Arzt als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag die Pflicht, die Patientin/den Patienten auf bestimmte Folgen oder Risiken der Impfung hinzuweisen, die sich aus der Impfung selbst ergeben können.

b) Dazu gehört, dass der Patient darauf hingewiesen wird, dass in einem bestimmten Zeitraum nach einer Impfung, wie bei der HPV-Impfung, es zu Schwindel und Bewusstlosigkeit kommen kann und der Patient deshalb nach der Impfung beobachtet werden sollte.

4. HAFTUNG

Die Ärztin/der Arzt hat über die Haftung bei einem Impfschaden oder bei der Verbreitung eines Impfmasernvirusstammes durch den Geimpften zu informieren und

aufzuklären, wer für den entstandenen Schaden verantwortlich ist. Denn für gesundheitliche Schäden, die im Zusammenhang mit von der obersten Landesbehörde öffentlich empfohlenen Impfungen auftreten, besteht ein Entschädigungsanspruch, wenn die Impfung in dem betreffenden Bundesland durchgeführt wurde. Dabei genügt die Wahrscheinlichkeit eines kausalen Zusammenhangs. Die Ärztin/der Arzt haftet auch für Folgeschäden nach der Impfung, wenn sie nicht nach dem Facharztstandard durchgeführt wurde. Das ist beispielsweise der Fall, wenn der Ärztin/dem Arzt Kontraindikationen bekannt sind und der Patient den Impfstoff gar nicht erhalten dürfte. **Das ist beispielsweise der Fall, wenn der Patient Allergien auf bestimmte Bestandteile des Impfstoffs hat**.

Laut **Beipackzettel** gelten als Gegenanzeigen für die Impfung:

1. Wie bei anderen Impfstoffen sollte auch bei Priorix die Impfung im Falle einer akuten, mit Fieber einhergehenden Erkrankung auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden (Bemerkung: Immunologisch betrachtet ist jedes Fieber als Zeichen einer Aktivierung des Immunsystems eine Kontraindikation).
2. Die Anwendung von Priorix ist kontraindiziert bei Personen, die bereits auf Hühnereiweiß überempfindlich reagiert haben oder bei Personen mit einer bekannten Überempfindlichkeit gegen Neomycin oder einen anderen Bestandteil des Impfstoffes (Aminosäuren, Humanalbumin, Laktose (wasserfrei), Mannitol, Neomycinsulfat, Sorbitol, Phenolrot, Natriumchlorid, Kaliumchlorid, Magnesiumsulfat, Calciumchlorid, Kaliumdihydrogenphosphat, Dinatriumhydrogenphosphat).
3. Personen mit abgeschwächter Immunantwort sollten nicht mit Priorix geimpft werden. Dazu gehören auch Patienten mit angeborenen oder erworbenen Immundefekten.
4. Während der Schwangerschaft ist Priorix kontraindiziert. **Nach der Impfung sollte über einen Zeitraum von drei Monaten für einen zuverlässigen Konzeptionsschutz gesorgt werden.**

   Bemerkung: Personen, die Masern durchgemacht haben, dürften theoretisch nach jetzigem Wissenschaftsstand auch nicht geimpft werden.

Ich habe mich rechtlich über alle Bedingungen für eine Masernimpfung erkundigt bzw. darüber aufgeklärt und stimme nun der Masernimpfung zu.

....
Ort, Datum

....
Impfende Ärztin/Arzt (Name) Eltern/Patient/in (Name)